

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893 **THESE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 décembre 1893, à 1 heure

PAR

Le Docteur GOUPIL

DE LA FACULTÉ DE PARIS, ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX
Né à Louviers (Eure), le 19 octobre 1867

DE L'INTERVENTION SANGLANTE

DANS LE

PIED PLAT VALGUS DOULOUREUX

AVEC DÉFORMATIONS OSSEUSES

Président : M. DUPLAY, professeur.

*Juges : MM. \ LE DENTU, professeur.
 \ SCHWARTZ et ALBARAN, agrégés.*

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

11-13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11-13

PARIS

—
1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THESE

N°

69

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 décembre 1893, à 1 heure

PAR

Le Docteur GOUPIL

DE LA FACULTÉ DE PARIS, ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

Né à Louviers (Eure). le 19 octobre 1867

DE L'INTERVENTION SANGLANTE

DANS LE

PIED PLAT VALGUS DOULOUREUX

AVEC DÉFORMATIONS OSSEUSES

Président : M. DUPLAY, professeur.

*Juges : MM. { LE DENTU, professeur.
 { SCHWARTZ et ALBARAN, agrégés.*

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

11-13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11-13

PARIS

—
1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	Ch. RICHEL
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BAILLON
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale.	{ DIEULAFOY
	{ DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.	CORNIL
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER
Pharmacologie.	POUCHET
Thérapeutique et matière médicale.	N...
Hygiène.	PROUST
Médecine légale.	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBENE
Pathologie comparée et expérimentale.	STRAUS
Clinique médicale	{ G. SÉE
	{ POTAIN
	{ JACCOUD
	{ HAYEM
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies nerveuses.	N...
	{ N...
	{ DUPLAY
Clinique chirurgicale.	{ LE DENTU
	{ TILLAUX
Clinique ophtalmologique.	PANAS
Clinique des voies urinaires.	GUYON
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER
	{ PINARD

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN	DELBET	MARFAN	RETTERRER
ANDRÉ	FAUCONNIER	MARIE	RICARD
BALLET	GAUCHER	MAYGRIER	ROGER
BAR	GILBERT	MENETRIER	SCHWARTZ
BRISAUD	GLEYS	NELATON	SEBILAU
BRUN	HEIM	NETTER	TUFFIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	POIRIER, chef des	VARNIER
CHARRIN	LEJARS	travaux anatomiques.	VILLEJEAN
CHAUFFARD	LETULLE	QUÉNU	WEISS
DEJERINE			

Secrétaire de la Faculté ; M. Ch. PUPIN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552025_0079

PRÉFACE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR DUPLAY

Professeur à la Faculté de Médecine

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

PRÉFACE

Pendant la durée des nos études médicales, nous avons été témoin d'une opération d'Ogston pour un cas de pied plat valgus douloureux, qui frappa vivement notre attention à cause de la rapidité de la guérison et la persistance des résultats obtenus. Nous résolûmes de prendre ce sujet comme point de départ de notre thèse inaugurale.

A défaut de vues originales, nous avons tâché de faire un travail complet et exposer avec le plus de détail possible les tentatives pleines de promesses qui ont été faites dans ce sens principalement à l'étranger.

On trouvera dans cette étude une analyse détaillée des publications qui ont paru sur la question non seulement en France mais en Angleterre, en Amérique et en Allemagne. Nous nous sommes efforcé, en un mot, d'établir nettement quel était l'état actuel de la science sur ce sujet.

Nous adressons le témoignage de notre profonde recon-

naissance à M. le professeur Duplay, pour le grand honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de cette thèse. Nous remercions aussi bien sincèrement MM. Richelot, Schwartz, de l'obligeance avec laquelle ils nous ont accueilli. Ils ont bien voulu nous donner quelques observations inédites que l'on trouvera à la fin de cette thèse. Nous devons enfin beaucoup de gratitude à nos maîtres dans les hôpitaux, MM. les docteurs Th. Anger, Guyot, Ball et M. le professeur Hayem, les docteurs Talamon, de Beurmann, pour la bienveillance qu'ils nous ont montrée pendant que nous avons l'honneur de suivre leur service en qualité d'externe.

DE L'INTERVENTION SANGLANTE
DANS LE
PIED PLAT VALGUS DOULOUREUX
AVEC DÉFORMATIONS OSSEUSES

C'est en 1884 qu'Ogston fit paraître son premier travail sur le traitement du pied plat douloureux dans la *Lancet* du 20 janvier 1884. Comme le fait remarquer cet auteur, c'est la méthode Listerienne qui a donné aux chirurgiens l'audace de s'attaquer aux difformités du corps humain, et de les traiter avec succès par l'intervention sanglante. Ogston commence par étudier les déformations du pied plat valgus douloureux, et s'élève avec raison contre la dénomination du pied bot valgus parce que, dit-il, contrairement à ce qui a lieu dans le pied bot valgus congénital, l'articulation tibio-tarsienne prend part à la malformation.

Bien que le mal s'accompagne d'un relâchement général de toutes les articulations du pied, cependant les désor-
Goupil.
2

dres les plus grands se remarquent entre l'article qui unit la tête de l'astragale avec le scaphoïde, c'est-à-dire à la partie interne de l'interstice dit de Chopart. Ici la laxité des ligaments est véritablement considérable et il est possible en exagérant sur cette articulation de corriger le mal ou au contraire de l'amener à son plus haut degré.

Au reste, ce n'est que dans les cas récents qu'on peut faire disparaître la difformité entièrement. Tout à fait au début le déplacement vicieux peut s'effacer par le repos simplement, ce qui peut amener des erreurs de diagnostic facilement lorsque la déformation s'est corrigée pour ainsi dire d'elle-même, mais il suffit de faire tenir le malade debout pour voir le mal reparaître; d'ailleurs, on peut ramener le déplacement en tirant à la fois sur la tête de l'astragale et sur le scaphoïde.

Plus tard, la difformité devient permanente et ne peut plus être corrigée manuellement, le métatarse et le cunéiforme sont anguleux tandis que le scaphoïde et l'astragale sont inclinés en sens inverse, formant un pli sous la peau, l'articulation autrefois mobile est devenue rigide et résiste parfois même à de grands efforts pour corriger la déviation; c'est que le squelette a perdu sa forme normale ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte par la palpation de la région malade. Cette pression amène un arrêt de développement, tandis que dans la moitié inférieure dont la pression est à peu près nulle,

dont les os tendent à s'écarter, il y a au contraire excès de développement; le talon prend peu à peu une forme carrée et l'articulation est formée par une facette supérieure pour le scaphoïde et une facette inférieure pour le ligament calcaneo-scaphoïdien. Dès lors, la difformité n'est plus réductible; elle tend de plus en plus à devenir permanente. Cette difformité du squelette est la clef des différents points du mal et du traitement chirurgical qu'il faut diriger contre lui.

Ogston attire encore l'attention sur l'attitude du valgus et sur celle du gros orteil, la chute du bord interne de la concavité plantaire semble amener un resserrement du pied en valgus dont le port vicieux et la contracture qui survient du côté des muscles amène le 1^{er} orteil à ne plus faire un angle avec le métatarse correspondant mais à se continuer au contraire en ligne droite avec lui.

Dans les cas les plus graves, et heureusement ils sont rares, la difformité devient telle que la tête de l'astragule touche directement le sol, la plante du pied est divisée en deux parties l'une antérieure, l'autre postérieure à l'articulation de Chopart obéissant à des tendances contraires. La partie antérieure reste active et elle sert à la marche tandis que la partie postérieure relève de plus en plus en arrière, de telle sorte que la partie la plus postérieure du talon est relevée de plus d'un centimètre au-dessus du sol. La difformité est immuable et la plante

du pied au lieu de former une voûte prend l'aspect d'une nacelle.

Ogston fait remarquer que toute la différence qui existe entre un pied plat guérissable et un pied plat inguérissable tient à l'existence ou à l'absence de difformité du squelette du pied déjà sensible à la palpation mais qui devient visible quand on arrête l'articulation de Chopard. Mais que la difformité de la tête de l'astragule commence, le pied tend de plus en plus à se fixer dans son attitude vicieuse et à résister contre tous les traitements palliatifs.

Ogston, dont l'attention avait été un moment frappée par ces cas rebelles, n'ayant pu en venir à bout par les différents moyens auxquels il s'était adressé, se dit, en observant le grand rôle que jouait dans cette affaire l'articulation de Chopart, que, pour obtenir la guérison, il fallait remédier aux déplacements de cette articulation et lui donner sa rigidité ancienne, même si cela devait se faire avec ankylose, cette ankylose n'étant pas un grand malheur, les mouvements de cet artère pouvant parfaitement être suppléés par les nombreuses articulations voisines.

Il inventa donc un procédé opératoire dans le but, de souder autant qu'il sera possible la surface cartilagineuse de l'articulation astragalo-scaphoïdienne, d'immobiliser ensuite le pied et de souder les os par des tiges d'ivoire, cette opération est applicable aux formes rédu-

tible et irréductible dont on n'a jamais eu l'occasion d'appliquer ce procédé aux cas les plus graves ceux où la plante du pied prend la forme d'une nacelle et où le talon se relève.

Ogton recommandait un nettoyage antiseptique et un séjour dans un pansement antiseptique de la plante du pied pour désinfecter totalement la peau de celle-ci; on polit l'épiderme avec la pierre-ponce, on chloroforme et on opère un pied ou les deux si la difformité est double, on se sert de la bande d'Esmarch, puis après avoir appliqué le bandage élastique au-dessus du genou on opère le pied. On applique ensuite du Mackintosh et du coton : le chirurgien à gauche du patient, tandis que l'aide se porte en face maintenant le pied par la jambe et les métatarsiens. Dans les cas normaux, l'articulation de Chopart est située à un pouce de l'articulation tibioastragalienne et la partie la plus saillante du bord interne du pied est la tubérosité scaphoïdienne qui est juste située en avant de l'interstice articulaire. Dans le pied plat, la tête de l'astragale est si volumineuse et si saillante que c'est elle qu'on sent pendant que le scaphoïde reste indistinct et l'interstice articulaire est à un demi-pouce au-delà de la place habituelle. On peut facilement s'en rendre compte en appuyant sur les métatarsiens.

Il faut donc encore aller plus en avant que d'habitude.

L'aide, tirant sur le pied, sent encore, en tirant,

se redresser la difformité, et ce pied, reposant par son autre côté sur la table de l'opérateur, on lui fait une incision d'un pouce et demi de long parallèle à la plante du pied sur le bord interne qui va jusqu'à l'os. On ne coupe aucun vaisseau important, sauf quelques petites branches de la saphène qu'on peut lier au catgut. Si on est allé jusqu'à l'os, la tête de l'astragale devient visible au fond du ligament capsulaire. Sinon on la met à nu par une deuxième incision, on découvre l'articulation en libérant les attaches de la capsule ligamenteuse sur le scaphoïde. Pour cela, on saisit les ligaments avec une pince à découper, et on ménage autant que possible ses adhérences scaphoïdienne avec le périoste et les autres plans fibreux. On a fait ainsi une sorte d'incision en T qui permet d'opérer le deuxième temps, c'est-à-dire la dénudation des os; on prend une tarière d'une largeur d'un demi-pouce à manche en bois qu'on prend dans la main droite et on troue le côté même d'abord du côté de l'astragale près du scaphoïde, pour racler le cartillage on dénude autant que possible les deux os.

Si la difformité est récente, on n'a pas de peine à la réduire par des pressions appropriées. Si la déformation est ancienne et par conséquent irréductible on ôte toutes les parties prononcées de la tête de l'astragale de façon à lui restituer sa forme arrondie normale. Dès que cela a été fait, le déplacement articulaire peut être facilement

réduit. Le troisième temps est la soudure des os par des tiges diverses. On lave les os avec une solution d'acide phénique à 20 p. 100, on réduit de façon à restaurer complètement la voûte du pied; on perce à travers le sca-phoïde un trou dans la tête de l'astragale après avoir fait écarter les parties molles à l'aide d'un écarteur. On perce avec le villebrequin puis on introduit la tige à coup de maillet jusque à une profondeur convenable. On fait les trous l'un à un pli l'autre au pli opposé de la peau. L'aide lache le pied qui demeure ferme dans sa situation normale, on lave la plaie et l'on soude la plaie par des sutures au catgut, et c'est alors seulement qu'on desserre le tourniquet élastique.

Si on craint une hémorrhagie, on peut desserrer avant et lier ensuite les vaisseaux par les procédés usuels.

On enveloppe ensuite tout le pied jusqu'aux orteils dans un pansement de Lister. On cesse le spray et on remet le malade dans son lit; il souffre encore pendant vingt-quatre heures puis la convalescence se fait ensuite sans douleurs. On enlève le pansement au bout de six ou sept jours.

La plaie est guérie ou insignifiante. On laisse les malades deux mois au lit avant de leur permettre de se lever.

Ils peuvent ensuite reprendre leur marche au bout d'une semaine ou deux d'exercices. Malgré les avantages

et l'innocuité de l'opération qui porte son nom, Davy s'éleva contre Ggstou et demanda pourquoi on n'avait pas amené les malades devant la Société, ce qui aurait été beaucoup plus démonstratif. Cependant la pratique lui démontra que les cas invétérés dont parle Ogston étaient loin d'être rares et que, contre eux, les moyens orthopédiques habituels échouent complètement.

Davy laisse de côté les cas démontrés praticables des méthodes habituelles; il ne veut s'occuper que des cas où le scaphoïde complètement disloqué joue le rôle d'une tumeur osseuse, dont les trois cuneiformes, les métatarsiens et les os des phalanges restent épars sur le sol comme des blocs inertes, comme s'ils étaient liés d'une façon lâche avec du catgut. C'est cette dislocation qui amène le pied valgus. On peut dire en effet que la voute plantaire n'appuie que par trois points sur le sol : le talon, la tête du premier métatarsien, le point constitué par le premier métatarsien faisant défaut, les deux autres points chavirent l'astragale chavire en bas et incline en sens inverse le scaphoïde et le calcaneum du pied valgus.

Pour remédier au mal, il faut rétablir le point d'appui qui vient de faire défaut à la voute plantaire. Or, dit Davy, il me sembla que le scaphoïde était l'os dont on pouvait le mieux se passer. On permettait ainsi à la

voute plantaire de se reformer; en réduisant sa dislocation, on enlevait une cause de compression douloureuse des parties molles.

Voici les raisons qu'exprimait Davy, en 1887, pour ne pas accepter l'opération d'Ogston : « 1° L'opération semblait trop compliquée; 2° le râclage des os était difficile, par son enserrement et pouvait être dangereux; 3° l'action exercée sur l'astragale exposait à se rapprocher trop près de l'articulation tibio-tarsienne dont l'importance est considérable dans le pied plat douloureux. » D'ailleurs, dit-il, l'extraction de l'os est d'une exécution facile et l'articulation semble réunie par des ligaments puissants et très solides.

Si le scaphoïde était difficile à extraire, on l'extrait avec le ciseau tout en ayant soin de respecter la tête de l'astragale qui se mettrait directement en relation avec les cuneiformes. Il ne faut pas laisser la moindre parcelle d'os qui jouerait le rôle de corps étranger dans la nouvelle articulation. Il faut la plus grande propreté, mais il n'y a pas besoin de pansements ni d'appareils spéciaux. Plus tard, on peut inventer des dispositifs spéciaux pour maintenir la voute et empêcher une nouvelle dislocation de l'astragale.

Davy présenta comme preuve à l'appui de l'excellence de son opération deux malades opérés et guéris par son procédé. Dans le premier cas, il s'agit d'un garçon de
Goupil 3

17 ans, admis à l'hôpital de Westminster, le 14 mars 1887 et renvoyé le 9 novembre de la même année : il était atteint de tarsalgie depuis trois ans et tous les moyens habituels avaient échoué; la douleur qu'il ressentait était telle qu'il lui était impossible de gagner sa vie. Le 22 mars, examen du scaphoïde; la convalescence fut un peu entravée par l'accumulation de pus dans la région malade. Il marche bien, quoique son pied soit complètement plat.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un garçon de 14 ans, entré le 18 février 1888 et renvoyé le 31 mars. Il était atteint de tarsalgie depuis 3 ans. Thomas Bennet, par des pointes de feu améliora son état : il rentra le 3 juin 1888, ses douleurs étaient si fortes, qu'il ne pouvait travailler. Le 5 juillet, on l'opéra et sa convalescence achevée, il quitte, guéri, l'hôpital, le 23 octobre 1888. Depuis, il a pu reprendre ses occupations, toutefois sans fatigue et sans douleurs.

A la même séance, le docteur Golding Bird qui avait fait l'intervention sanglante bien avant Davy attira l'attention de ses collègues sur l'importance capitale de l'élément douleur; c'est à cause de l'élément douleur que le pied valgus est beaucoup plus grave que le varus et c'est à cause de cette douleur que le malade demande instamment qu'on intervienne. Pour les cas qu'il s'agit de faire la tarsotomie ou la tarseotomie, ce qu'il faut dis-

tinguer c'est des groupes différents et non pas des degrés car il ne s'agit pas de symptômes d'une intensité variable mais de phénomènes d'aspect différent. Ainsi donc, chez les uns même, lorsqu'il y aurait difformité permanente, la douleur cède facilement aux moyens habituels. Chez les autres il y a spasme et contracture des muscles de la région, l'articulation fixe et raide résiste à tout sauf pendant le sommeil.

La difformité peut être légère ou grave, mais la déviation du pied est toujours considérable. Golding Bird l'appelle pied valgus immobile. Ces cas ne sont pas justiciables de la tarsotomie; ils ne réclament que rarement l'opération; le repos complet et prolongé suffit comme dans la variété précédente. Dans une troisième variété la voûte est affaissée d'une façon si malheureuse, qu'à la place de sa concavité elle présente deux gros tubercules osseux le scaphoïde et la tête de l'astragale: le malade ressent une douleur pongtive aux molleole et servent à l'articulation tibiotarsienne. Elle s'accroît par la fatigue et bientôt la position verticale devient tout à fait impossible; c'est dans ces cas qu'il faut faire la tarsotomie.

On peut se rendre compte du degré du mal en regardant de combien l'articulation du gros orteil qui comprend à l'état normal, la voûte du pied se trouve reculée en arrière. C'est dans ces cas que Golding Bird a opéré dans les années 1878-1880: tous ces mala-

des étaient entre 15 et 17 ans, et leur mal remontait de 2 à 5 ans. A deux malades on n'enleva que le scaphoïde et à deux on redressa en même temps la tête de l'astragale; l'opération chez eux fut conduite de la même façon et fut suivie du même succès.

La douleur disparut mais chez un seul seulement il y eut restauration de la voute plantaire; chez ce malade on avait en outre de l'extraction du scaphoïde pratiqué la section transversale du tarse sous-cutané ce qui avait permis un redressement complet du pied. Il faut donc pratiquer cette tarsotomie si on veut redresser le pied et restaurer la voute.

Il n'avait laissé que le cas justiciable de l'opération; sur cinquante cas l'estime est d'un huitième. Dans ces huit dernières années il n'y a pas eu un cas qui fut véritablement justiciable de l'intervention sanglante. En un mot comme le malade peut guérir même sans redressement de la voute, on se laissera guider uniquement par la douleur.

C'est à l'astragale que le docteur Stock s'est adressé pour guérir le pied plat; il y est arrivé par des considérations théoriques. Après avoir longtemps admis la théorie ligamenteuse, il l'a rejetée parce qu'il a vu la maladie survenir non chez des sujets délicats, mais solides et vigoureux.

Dans ces cas il n'y avait pas non plus trace de para-

lysie. Après avoir rendu pleine justice à Ogston, il lui reproche comme Davy d'avoir suivi une méthode trop difficile et trop compliquée et surtout d'amener de propos délibéré l'ankylose de l'articulation de Chopart. Il revient ensuite sur les théories pathogéniques du pied plat et rappelle que Meyer nie la paralysie des muscles soutenue par Duchenne, Sayre, etc., et celle du relâchement des ligaments et qu'il attribue le déplacement à un déplacement de l'astragale pour suivre la majorité des chirurgiens qui ont pris la parole au congrès de Copenhague; la déformation serait bien plus d'origine osseuse que d'origine ligamenteuse.

Il signale ensuite l'existence d'une pièce ou les lésions du squelette sont indiscutables.

Les principales modifications portent sur le calcaneum et l'astragale.

La tête de l'astragale regarde en bas et non en avant et se met en relation non avec le scaphoïde mais avec le ligament calcaneo-scaphoïdien.

Sur le col de l'astragale est une facette qui s'articule avec un scaphoïde un peu hypertrophié.

Il est plus allongé qu'à l'état normal.

Cette pièce semble, en outre, par sa disposition, réfuter la théorie exposée par Meyer.

Après avoir exposé les caractères anatomiques de cette pièce due à Symington, Stoker commence à relater l'his-

toire d'un cas qu'il a opéré et que nous donnons dans le cours de cette thèse. Disons qu'il s'agissait d'un jeune homme de 17 ans, fort et vigoureux, atteint sur un pied d'une tarsalgie évidente. Sa santé avait toujours été excellente.

Il ressentait dans ce pied une vive douleur à la moindre fatigue et la déformation ne pouvait être manuellement redressée. Après avoir pris les mesures préliminaires recommandées par Ogston, il pratique le plus souvent une incision d'un pouce et demi dont le centre correspondait à la tête de l'astragale. Celle-ci, mise à nu, il chercha mais inutilement à respecter l'articulation de Chopart et il réserva une partie de la tête de l'astragale. Il vit alors que la courbe plantaire était facile à redresser. Depuis, le malade se promène et court sans difficulté aucune.

Dans ses conclusions, l'auteur fait remarquer qu'il faut rejeter la théorie ancienne, s'adresser à la théorie osseuse, que l'opérateur peut respecter l'opération de Chopart, que pendant la convalescence il faut maintenir le pied en supuration, ce qu'on peut faire facilement avec l'attelle de Dupuytren.

Deux ans après (Wiener médical Blatter, 1888), le docteur Wanlechner, de Vienne, ôta l'astragale pour un pied plat : il y eut d'abord un raccourcissement d'un demi-pouce, qui s'accrût après quelque temps; l'articulation tibio-tarsienne se raidit. Les mouvements dans l'ar-

ticulation de Chopart étaient beaucoup plus satisfaisants, le malade pouvait marcher plus aisément et le poids du corps était mieux supporté sur le pied opéré que sur l'autre.

Schwartz (*Revue d'orthopédie*, 1^{er} juillet 1893, du traitement du pied plat valgus douloureux traité par la tarseotomie cuneiforme) a traité, depuis trois ans, un assez grand nombre de pieds plats valgus douloureux qui ont guéri par l'électricité ou par le redressement du pied par le chloroforme et l'immobilisation dans un appareil. Mais il n'en a pas été ainsi dans trois cas. Dans ces trois observations, on a préféré enlever largement un coin de tarse au niveau de la région astragalo-scaphoïdienne, dont la base en dedans, le sommet en dehors, atteignant jusqu'au cuboïde, puis le coin enlevé on unit les faces osseuses au fil d'argent; on réduit ainsi facilement le valgus et on referme la voûte plantaire. Il est bon dans ce but de tailler le coin plus large à la face inférieure qu'à la face supérieure du pied. Nous empruntons à cet auteur la description de son procédé opératoire.

« 1° Incision de 4 à 5 centimètres, partent à un centimètre en avant du sommet de la malleole interne et allant jusqu'au niveau du 1^{er} cunéiforme, cette incision pénètre jusque dans le squelette : dénudation à la rugine de la face dorsale et de la face plantaire et retracer des tissus à l'aide de forts écarteurs;

» 2° A l'aide du ciseau et du maillet, nous enlevons alors un coin osseux sans nous préoccuper des articulations, et qui a compris presque toujours presque tout le scaphoïde et la partie articulaire intérieure de l'astragale. Le ciseau qui taille de dedans en dehors est incliné de façon à enlever plus en bas qu'en haut. Les deux traits de section doivent se rejoindre à quatre centimètres du bord externe du pied, et on veillera pendant tout ce temps à ne lever aucun des organes sous jacents qui sont confiés à un aide qui les retracte;

» 3° Avec une vrille percée d'un œillet, on fixe successivement le fragment postérieur ou astragalien aussi loin que possible de la surface sectionnée, puis le fragment antérieur cunéiforme, un fil d'argent fort les réunit, puis les parties sont captées le mieux possible et réunies, en serrant le fil par la main. Ce qui dépasse est refoulé dans la fente qui existe toujours entre les deux portions osseuses. Quelques points de suture au crin de Florence réunissent partiellement l'incision cutanée à ses deux extrémités, mais en laisse légèrement ouverte la partie centrale qui reprend à l'ostéologie. »

M. Kirmisson a pratiqué chez plusieurs malades l'opération d'Ogston. Son premier malade a été l'objet d'une note qu'il a présenté à l'Académie et sur laquelle Duplay a fait un rapport favorable. Duplay admet l'utilité de l'arthrodèse bien qu'il déclare cette opération difficile. Du

reste, pas plus que Schwartz, Kirrison est exclusif. D'après lui, l'opération d'Ogston est indiquée dans les cas où la tête de l'astragale fait sur le bord interne du pied la saillie dominante. Lorsqu'il en est ainsi, c'est à cette saillie qu'il faut s'attaquer, mais lorsque c'est le scaphoïde qui constitue la difformité il faut faire l'ablation de cet os, c'est-à-dire faire une tarsectomie plus ou moins régulière.

Dans ses leçons cliniques et dans l'article qu'il a consacré à la tarsalgie dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, Kirrison s'est prononcé contre l'opération de Trendelenbourg et aussi contre l'extirpation de l'astragale.

OSTÉOMIE SUSMALLEOLAIRE

ou

OPÉRATION DE TRENDELENBURG

C'est sur la théorie des déformations osseuses que s'est appuyé aussi Trendelenburg. Frappé des analogies qui existent entre les fractures de Dupuytren consolidées dans des positions vicieuses et le pied plat valgus, il résolut de pratiquer l'osteotomie susmalleolaire, opération assez analogue en somme à celle qu'Evans a imaginée pour le genou valgus. Il fait une incision allant jusqu'à l'os. Immédiatement au-dessus des malléoles, à l'aide du ciseau, il entame l'os mais sans le couper complètement, car dès que son épaisseur a été suffisamment réduite il se fracture facilement sous le seul effet de la main. Il sépare ainsi l'extrémité inférieure du Tibia et du Péroré du reste de l'os et, cela fait, il corrige soigneusement la déviation de la plante du pied et le maintient réduit en bonne position sur l'axe de la jambe à l'aide

d'une gouttière plâtrée. Sa consolidation est obtenue au bout de quatre ou cinq semaines.

Ce chirurgien insiste sur la rapidité de la guérison et sur la restauration complète de la voute plantaire : l'opération ne fait pas courir le moindre danger.

A cette même séance, Eugène Hahn (*Centrallblatt für chirurgie*, 1889) déclara qu'il avait imaginé une opération très semblable à celle de Trendelenburg. Il ne pratiquait la section que sur le tibia et cela juste au-dessus de la malleole; afin de ne pas nuire à l'articulation, il fend la peau et les parties molles un peu au-dessus du niveau indiqué par Trendelenburg.

Il a fait cinq opérations sur trois patients. Chez le premier, il y eut guérison; chez le deuxième, amélioration; chez le troisième, l'opération échoua, car il y eut plutôt aggravation : mais il faut dire que, dans ce cas, le scaphoïde formait en-dessous une saillie très marquée. Le bord interne était convexe, le bord externe du pied concave. Hahn propose dans ces cas de combiner ensemble la section susmalleolaire avec l'opération d'Ogston.

Meyer se montre très favorable à l'opération de Trendelenburg. Il l'admet dans le cas où l'articulation mediotarsienne ne se laisse plus redresser, ou l'astragale a glissé en avant et en bas et en dedans du calcaneunis, ou le scaphoïde lui-même s'est déplacé en bas, si la forme des os a été élevée. Dans tous ces cas, les

traitements ordinaires demandent pour réussir un temps très long; la convalescence ne fait courir aucun risque quand on a pris les mesures antiseptiques nécessaires et ou guérit sûrement en quelques semaines seulement, et elle est d'autant plus la bienvenue qu'elle s'adresse à une classe d'ouvriers qui sont obligés de se tenir continuellement sur leurs jambes et ont besoin de gagner leur vie.

Puis cet auteur entre dans quelques détails bibliographiques et historiques que nous ne croyons pas devoir rappeler ici, car ils feraient double emploi. Nous relaterons seulement ici que Meyer a opéré avec succès deux malades entrés en 1888 à l'hôpital allemand de New-York et qui étaient atteints d'une forte tarsalgie avec pied valgus, qui les rendait complètement impotents. Meyer pratiqua l'osteotomie susmalleolaire du tibia et du péroné; le résultat fut parfait.

Un des malades, un jeune homme de 20 ans, a été présenté par lui à la Société de médecine de New-York, il y a quelques semaines.

La position et les mouvements du pied sont entièrement normaux; le malade peut marcher pendant des heures sans se fatiguer.

Le deuxième cas a été aussi favorable. L'auteur rappelle les deux principales formes pathogéniques du pied plat, d'après laquelle l'astragale tendrait normalement à tom-

ber en avant et en dedans du calcaneum. Si les muscles et les ligaments cèdent, ce déplacement s'effectue. L'autre théorie est celle de Meyer, fondée sur un grand nombre d'investigations cadavériques. Il n'y aurait pas élévation des fragments ni aplatissement de la voûte, ni chute du bord interne, mais il y aurait inclinaison, et glossement de la molle plantaire une rotation exagérée de l'astragale due au poids exagéré du corps au port de mauvaises chaussures.

Revenant ensuite sur les deux cas que nous donnons dans cette thèse, il fait remarquer avec quelle perfection et avec quelle rapidité l'osteotomie supra malleolaire a guéri l'attitude vicieuse du pied. Il ne se prononce pas sur l'utilité de la méthode d'Ogston combinée avec l'opération de Trendenbourg que Hahn a appuyée. Peut-être peut-elle trouver ses indications dans les cas tout à fait anormaux. Enfin, il termine par les conclusions suivantes que nous croyons devoir reproduire :

1° L'osteotomie susmalleolaire semble être l'opération la plus rationnelle pour la cure radicale du pied plat en se bornant à corriger ces difformités sans altérer aucunement les tissus du pied lui-même. C'est pourquoi elle mérite d'être tentée.

2° Dans les cas avancés (pied plat valgus), elle donnerait très probablement aussi de bons résultats et pourrait être avantageusement combinée avec la méthode d'Ogston.

3° Après l'osteotomie, la position vicieuse du pied peut être corrigée et la correction portée au-delà de l'état normal.

4° Le tibia et le péroné doivent être sectionnés tout près de l'articulation tibiotarsienne et celle-ci laissée intacte.

5° Aussitôt que le pied est remis dans sa position normale on voit que la voûte plantaire est complètement rétablie.

6° Entre le dixième et le onzième jour, l'attelle qui a servi à corriger la difformité doit être renouvelée et la position du pied ramenée de nouveau, puis si cela est nécessaire on la corrige définitivement.

7° On peut permettre au patient de se lever cinq à six semaines après l'opération.

8° Il peut être nécessaire de porter la correction un peu au-delà de l'état normal pour préserver la récurrence et l'obligation de porter temporairement un appareil de soutien.

Des clichés assez démonstratifs des pieds avant et après l'opération terminent cet intéressant travail.

CAS QUI SEMBLENT NÉCESSITER L'INTERVENTION SANGLANTE

Il est certain que le plus grand nombre des cas de tarsalgie doit échapper à l'intervention sanglante. En effet, il faut en défalquer ceux qui sans être riches, jouissent de quelque aisance et peuvent attendre, et les enfants toujours pour la même raison, c'est-à-dire l'absence de la nécessité d'un travail immédiat. C'est que dans ces circonstances un des principaux facteurs, la nécessité de guérir vite, fait défaut et on n'a plus pour se décider que l'argument de certains phénomènes subjectifs ou objectifs tels que la douleur et l'attitude vicieuse.

La douleur, lorsqu'elle est intense que par son acuité, elle désespère le malade et leur interdit tout travail, doit être prise en sérieuse considération, quand il s'agit d'un ouvrier qui n'a que son travail pour moyen d'existence. On c'est précisément dans cette classe de la société chez les garçons bouchers, boulangers et épiciers que la maladie se fait le plus sentir.

Comme le dit M. Kirmisson, ce n'est pas une maladie
Goupi¹.

de clientèle mais une maladie d'hôpital. Ce sont chez ceux-ci également, parce qu'ils se négligent plus volontiers que les gens riches, que l'on a le plus de chance de rencontrer ces formes invétérées, irréductibles, dont nous parlent les promoteurs de l'opération d'Ogston et de celle de Trendelenburg. C'est que dans ces dernières années l'attention a été de plus en plus portée vers les lésions du squelette. Celle-ci ont été constatées d'abord quoique bien rarement par les nocrepsies, puis par la palpation qui ne donne que des résultats incomplets, mais suffisants cependant pour démontrer que la forme générale du tarse est profondément altérée et enfin par l'examen plein d'intérêt qui a pu pratiquer pendant le cours d'une intervention sanglante. Celle-ci a levé bien des doutes et fait abandonner ici comme sur bien des points de la chirurgie certaines idées qui jusqu'alors régnaient sans conteste. Ces lésions du squelette ont la plus grande importance, car elles expliquent pourquoi dans ces cas exceptionnels il est vrai le repos ni même la section des ligaments et des tendus ne sauraient suffire pour assurer la guérison. Il est évident qu'un col de l'astragale allongé dévié en bas, une tête de ce même os comme tendue et allongée non plus en avant mais en dedans et en bas, qu'un scaphoïde déformé ne peuvent pas se remettre aussi rapidement et aussi complètement que lorsqu'ils s'agit uniquement de lésions de parties molles. Ce sont

ces lésions du squelette que M. Kirmisson prend également comme juge de l'opportunité d'une intervention sanglante.

D'après cet éminent chirurgien, l'opération d'Ogston est indiquée seulement dans les cas où la tête de l'astragale fait sur le bord interne du pied une saillie considérable. C'est cette saillie, c'est cet obstacle qu'il s'agit de faire disparaître par la tarsectomie cunéiforme et l'enchevillement proposé par l'opérateur anglais. Cette indication tirée de la déformation de certains os du tarse est beaucoup plus formelle et plus exempte d'objections que la constance de la douleur et que la nécessité de gagner promptement son existence qu'une longue infirmité compromettrait, bien que ces arguments ne manquent pas d'une grande valeur sinon scientifique du moins morale.

Depuis l'intervention des méthodes antiseptiques qui permettent d'écarter à coup sûr les complications qui rendaient autrefois ces sortes d'opérations si alléatoires et si dangereuses, celles-ci ont perdu pour ainsi dire toute gravité. Quant à l'hémorrhagie, ainsi que le fait remarquer Ogston, elle est insignifiante, parce qu'il ne compte en somme que des vaisseaux peu importants, tels que des petits vaisseaux de la saphène interne. On peut, du reste, par les pinces à forcipressure et par l'emploi de la bande d'Esmarch réduire la perte de sang à une proportion insignifiante.

CHOIX DE L'OPÉRATION A PRATIQUER

Nous ne croyons pas que l'opération de Trendelenburg, malgré les éloges qu'on fait Hah, Meyer et Von Winiwater et l'appui qu'elle a trouvée dans l'ouvrage de thérapeutique chirurgicale de Reclus et Forgues, puisse supplanter l'opération d'Ogston pure ou plus ou moins modifiée. En effet, si l'on observe de près les quelques observations publiées jusqu'ici, où l'on a mis en œuvre ce procédé, on voit bientôt que ces cas étaient bien de pieds plats valgus, mais non invétérés et non à la période de déformations osseuses permanentes. L'observation de Winiwater est trop convaincante à ce sujet. Il dut chez un sujet chez lequel il avait pratiqué une double ostéotomie susmalleolaire recourir quelques mois après à une double opération d'Ogston, mettant ainsi le conseil donné par Hah, en 1889. Cette fois-ci le malade guérit; n'aurait-il pas été plus simple de commencer par là; Kermisson

trouve l'observation de Trendelenburg mal comprise et ne l'admet pas.

Si l'on se décide à opérer que doit-on choisir entre l'opération d'Ogston où la tarsectomie cunéiforme? Nous croyons que les deux méthodes ont du bon et doivent trouver leurs indications particulières. L'opération d'Ogston n'est pas si compliquée qu'on a voulu le dire; d'ailleurs, on peut la simplifier et remplacer par exemple les tiges d'ivoire par des fils d'argent d'un calibre et d'une résistance convenable; l'arthrodèse, c'est-à-dire l'ankylose de l'articulation de Chopart rendrait d'excellents services quand la déformation en valgus est très accentuée et l'applatissement au contraire peu marqué du côté de la voûte plantaire. Au contraire, s'il y a saillie exagérée du scaphoïde et de l'astragale, il semble préférable soit d'extirper le scaphoïde (Davy), soit d'enlever un morceau cunéiforme du tarse (Schwartz). Quant à l'ablation de l'astragale, nous n'en voyons pas les avantages ni même les indications.

OBSERVATION I

Paul Gl., 16 ans, pâtissier, entré le 6 janvier 1891, salle Nélaton, n° 11, service de M. le docteur Richelot.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires ou personnels du malade.

Aucun signe de rachitisme.

Le malade est pâtissier depuis un an. Il dit s'être « tourné » le pied droit au mois de mai 1890.

Depuis cette époque, sont apparues des douleurs ayant tous les caractères des douleurs de la tarsalgie des adolescents, et qui depuis deux mois sont devenues tellement vives, que le malade est obligé d'entrer à l'hôpital.

Le malade a les deux pieds plats, et cette difformité n'est guère plus accentuée à droite qu'à gauche.

Mais à droite, les dépressions péri-malleolaires ont disparu, il y a de l'empâtement.

Mensuration, jambe droite (malade), à deux travers de doigt au-dessus des malléoles 22 c. 5.

Jambe gauche, 22 c.

Coup de pied droit, 33,5; gauche, 32.

De plus, à droite, valgus peu considérable, avec saillie de la tête de l'ostragule.

Impotence du long péroné (signe de Gosselin).

Malgré l'appareil plâtré laissé en place un mois et l'électrisation régulière, l'on constate à la fin de mars : la station debout ne devient douloureuse que si elle est prolongée. La marche est facile, non douloureuse. La déformation plantaire a en partie disparue, mais le malade se fatigue vite, et chaque soir, même après un exercice modéré, on observe un œdème qui remonte jusqu'à demi-jambe. Vers le soir le malade se plaint de douleurs vives.

En somme, nous avons affaire à deux pieds plats; à droite valgus douloureux type. Traitement prolongé par appareil plâtré et faradisation du long péroné sans résultat.

Opération d'Ogston le 13 août 1894. Coin au dépens de la tête de l'os tragale et du scaphoïde. Suture profonde des os et des parties fibreuses sous-cutanées au crin de Florence. Suture de la peau au crin de Florence. Attitude du pied en assez fort varus enroulé, immobilisation du pied dans un simple appareil ouaté sans plâtre.

Le 20 mai, excellente attitude pendant la marche; au repos léger degré de varus.

Juillet 1894. — On permet au malade de s'exercer à marcher. Le pied, qui est en varus au repos, tend à se redresser pendant la marche qui est indolore.

18 octobre. — Le pied est admirable avec une voûte

parfaite et le malade marche très bien. Petite fistulette au milieu de la cicatrice tenant à deux crins de Florence qui jouaient le rôle de corps étranger.

29 janvier 1892. — Le malade revient à l'hôpital pour un nouveau fil resté dans la cicatrice. Ce fil est retiré le 4 février.

A ce moment, le résultat est à tous les points de vue excellent.

OBSERVATION II

Pied plat valgus douloureux. Salle Cochin, 25 bis.

Marie Cervisier, domestique, boulevard Arago, 5. Entrée, 19 novembre 1892. Sortie, 15 avril 1895.

Ne s'était aperçue de rien avant ces trois dernières années.

A eu un matin tout à coup la cheville droite enflée; elle a été obligée de garder le repos pendant 8 jours. Puis peu à peu les mouvements ont cessé d'être douloureux.

La partie supérieure du cou-de-pied était d'abord douloureuse. Aujourd'hui la douleur s'est localisée au point d'élection, au niveau de la partie externe de l'articulation tibio-tarsienne en avant de la malleole externe.

Pour éviter la douleur surtout à la fin de la journée, la malade évite de poser le pied à plat par terre et se soutient surtout sur le talon. Cependant le matin à son lever elle peut sans douleur s'appuyer sur la plante entière, à la fin de la journée elle est obligée de soulever la partie antérieure du pied.

A l'examen, on constate un *pied absolument dévié* en valgus. Le *long peroné latéral* est même vigoureux et cependant pas du côté opposé.

La pression au point indiqué précédemment éveille une

douleur vive. Les mouvements de flexion et d'extension ne sont pas douloureux sauf quand on tend à les exagérer, les mouvements de latéralité sont douloureux.

Les muscles du membre inférieur droit sont atrophiés, le mollet droit, mesuré en son milieu donne 0,50 cent. le gauche, mesuré au même endroit, donne 0,55 centimètres.

La cuisse droite, 0,47 centimètres.

La cuisse gauche, 0,50 centimètres.

Le pied gauche présente aussi un affaissement à la voute plantaire mais moins prononcé qu'à droite.

50 novembre 1892. — Redressement sous le chloroforme et appareil plâtré.

29 décembre. — On ôte l'appareil plâtré, le pied est en excellente position, mouvements normaux et libres. On met un appareil silicaté.

5 janvier. — On enlève l'appareil silicaté dans lequel le pied n'est pas maintenu. La déformation s'est reproduite depuis que la malade marche. La concavité de la voute plantaire est nulle et la malade souffre comme auparavant.

28 janvier. — Opération chloroforme.

Incision de 6 cent. de long sur la partie moyenne du bord interne du pied, légèrement courbé, à concavité supérieure.

Tesection cunéiforme d'un fragment osseux compre-

nant la majeure partie du scaphoïde et la partie cartilagineuse extérieure de la tête de l'astragale.

Rapprochement des surfaces osseuses et sutures au fil d'argent, tamponnement de la cavité avec gaze iodoformée, tampon de ouate maintenant la concavité de la voute plantaire.

17 mars. — On enlève la gouttière plâtrée et les derniers fils. Cautérisation au nitrate d'argent sur des bourgeons charnus qui envahissent ce qui reste de l'incision en bonne voie de cicatrisation.

La plaie se ferme rapidement et la malade marche de mieux en mieux.

Elle s'en va à Vincennes très satisfaite.

Un peu de valgus depuis qu'elle se remet à marcher beaucoup; on lui fait faire des souliers à tuteurs.

OBSERVATION III

Pied plat valgus douloureux.

Hôpital Cochin, n° 6 bis, salle Gosselin.

Louis Barette, âgé de 15 ans, garçon marchand de vins, entré le 22 avril. Sorti le 19 juillet 1892.

Le 22 avril 1892 entre à l'hôpital, salle Gosselin, n° 6 bis, le jeune Louis Barette, se plaignant de vives douleurs dans le pied gauche.

A l'examen, on constate que le jeune malade a une déformation du pied gauche; le pied est porté en valgus en même temps que la voute plantaire affaissée rend le pied plat.

Le malade dit n'avoir cette déformation que depuis deux ans; il marchait très bien auparavant, mais peu à peu la marche et la station debout sont devenues douloureuses en même temps que le bord externe du pied se relevait, que celui-ci s'aplatissait. Aujourd'hui, les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne sont impossibles, même après quelques jours de repos. Quand on appuie au niveau de cette articulation, soit sur le bord interne, soit sur le bord externe du pied, on éveille une douleur assez vive.

Quoiqu'il n'y ait pas de mouvements spontanés, le

valgus est pourtant réductible. *Le long péroné latéral n'est pas paralysé*, le malade marche surtout sur le bord interne et sur le talon postérieur. Aucun signe de rachitisme. La jambe gauche est un peu atrophiée comparativement à l'autre; il y a de la circonférence du mollet 1 cent. 4½ de différence. Jamais le malade ne s'est soigné autrement que par le repos, qui maintenant est arrivé à ne produire d'autre résultat que de diminuer la douleur.

Pied plat irréductible.

Le 27 avril, le jeune malade étant sous le chloroforme on pratique la tarsectorine cuneiforme. A l'incision, on trouve saillie énorme du scaphoïde, saillie qu'on excise d'abord avec le ciseau et le maillet. L'articulation astra-golo-scaphoïdienne est le siège d'une athrite, de même que les deux surfaces osseuses sont atteintes d'osteïtes.

On resèque toute cette portion articulaire et osseuse de telle façon qu'on enlève :¹

1° tout le scaphoïde;

2° la partie antérieure de l'astragule;

3° l'articulation unissant l'astragale au scaphoïde.

On rapproche les deux surfaces osseuses, on les maintient à l'aide d'un fil d'argent.

Sutures de la peau, pansement à l'iodoforme, mèche de gaze iodoformée, plâtre.

Le 10 mai, on fait le pansement, on ôte les fils, on réunit le plâtre.

Le 15 mai, on ôte le plâtre.

Le 19 juillet, le malade guéri. — Vincennes.

Le jeune homme a été revu guéri six mois après.

Nous avons eu la bonne fortune de rencontrer à nouveau ce malade.

Il supporte facilement les fatigues de son état, sans le secours de chaussures orthopédiques.

OBSERVATION IV

Eugénie Picarel, 25 ans, ménagère. Entrée le 27 février 1891 salle Cochin, n° 6, sort le 27 mars 1891; numéro du registre, 60.

Au mois de juin 1890 elle fait une chute dans l'escalier et semble avoir à ce moment les signes d'une entorse tibio-tarsienne, elle a continué à travailler mais éprouve d'assez vives douleurs surtout le soir au niveau des chevilles. Vers la fin de la journée et pendant la nuit, son pied malade est le siège d'élancements douloureux, peu à peu elle a remarqué que son pied se tournait en dehors et qu'elle était obligée de marcher sur le bord externe de sa chaussure.

Elle entre à Cochin en février 1891.

Etat actuel. — Interrogatoire. — Au repos la malade ne souffre pas. Vient-elle à marcher et même dans la station debout elle éprouve une forte douleur.

La malade ne peut se dresser sur la pointe du pied.

Quand elle veut monter un escalier, elle est obligée de placer son pied entier sur la marche. Enfin, elle nous dit avoir constaté l'usure plus rapide des chaussures du côté interne.

Inspection. — Si l'on fait marcher la malade, elle boîtie;

membre inférieur gauche; œdème du pied et de l'os inférieur de la jambe.

Pied plat valgus permanent.

Affaissement de la voute plantaire qui ne se rétablit pas sur le repos.

Bord interne du pied sur le sol.

Déviation du pied en dehors.

Gros orteil dans l'extension et séparé des autres orteils par un espace considérable.

Durillon à la face interne de la tête du premier métatarsien.

Les quatre derniers sont dans l'extension forcée permanente.

Suppression des mouvements de latéralité du pied.

Impossible de redresser le pied à cause des douleurs; on sent se resserrer les tendons des per. lat. et biceps cruraux.

Limitation des mouvements de flexion et d'extension.

Pression. — Douleur malleole peronière.

Diagnostic. — Douleur malleole tibiale.

Pied plat valgus douloureux avec arthrites medio tarsiennes et probablement tibiotarsiennes avec une fracture. Douleur niveau de l'articulation péronéo-tibiale inférieure.

6 mars. — Opération, chloroforme petites doses, difformité ne se laisse réduire et les péronés latéraux et extérieurs résistent à tous efforts.

Goupil.

Champopriatoire préparé.

Section à ciel ouvert des tendons extenseurs (péroné latéraux au devant de la malleole externe et du tendon d'Achille; suturés au cerin de Florence, pansement iodoformé sec. Appareil plâtré. Maintenant le pied redressé est en bonne situation.

7 mars. — La malade ne souffre pas. Bon état général.

27 mars. — On enlève l'appareil plâtré, pied en bonne position. Réunion par première intention. On enlève les points de suture. Pansement collopierré.

Botte silicatée permettant à la malade de marcher.

28 mars. — Départ pour le Vésinet. Malade marche mais encore difficilement; souffre lorsqu'elle se porte sur son pied.

Avril. — Revient du Vésinet sur récurrence de sa déformation; aussitôt qu'on a enlevé l'appareil silicaté et qu'elle s'est remise à marcher. C'est alors qu'on décide devant l'inévitabilité des ténosynovites et du redressement sous-chloroformé avec immobilisation; de lui pratiquer une large intersection interne pour redresser la voûte plantaire et corriger la rotation du pied en dehors.

Opérée le 12 juin 1891. Le pied fut redressé facilement après sans qu'on ait été obligé de couper à nouveau les tendons. Appareil plâtré et silicaté qui reste en place pendant six semaines.

A la Charité mouvements et massage nécessités par une

tendance à porter le pied en équinisme. Il n'y a plus de valgus ni pied plat mais un léger équin par rétraction du tendon d'Achille sectionné quelques mois auparavant. Malgré une nouvelle section de cet organe le pied reste en équinisme léger, l'opérée étant absolument indocile et ne permettant aucun mouvement de massage. Malgré cela elle marche assez facilement, se porte sur son pied et rentre dans son pays en cet état. Nous en avons reçu des nouvelles une année après, satisfaisantes, puisque la malade peut marcher facilement (légère boiterie).

OBSERVATION V

Georges Verr..., 16 ans, garçon marchand de vin.
Entré le 11 janvier 1892, salle Nélaton, n° 2.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires ni personnels.

Le malade est garçon marchand de vins depuis 2 ans. Il y a environ 2 mois et 1/2 ou 3 mois, il a commencé à éprouver une fatigue apparaissant le soir du côté du pied gauche. Le matin les douleurs ont complètement disparu et le malade peut reprendre son travail.

Peu à peu les douleurs augmentent et le pied se déforme. Cette déformation est surtout accusée le soir et maintenant la douleur est persistante, ainsi que la déformation.

A l'examen, on trouve tous les signes du pied plat valgus douloureux, le 15 janvier 1892. M. Richelot lui fait une opération d'Oston avec suture au fil d'argent de la nouvelle articulation astragalo-scaphoïdienne.

Malheureusement nous n'avons pu trouver le malade à l'adresse qu'il avait indiquée et n'avons pas eu de renseignements sur les résultats de l'opération.

OBSERVATION VI

Emile Br., 19 ans, pâtissier, entré le 10 février 1892, salle Nèlaton, n° 19.

Rougeole à 6 ans; fièvre typhoïde à 16 ans.

Entré à l'hôpital pour des douleurs siégeant autour des articulations tibio-tarsienne des deux côtés, survenant après la moindre fatigue, une marche exagérée ou la station debout.

Au repos, pas de douleur, la voute plantaire présente sa cavité normale.

Pendant la marche, valgus type double.

Début de l'affection, 6 mois.

Opération d'Ogston; le 24 février on fait une double résection cunéiforme au dépens de la tête de l'astrale et de la surface correspondante du scaphoïde. On réunit par un fil d'argent et on termine par un surget de catgut sur les parties fibreuses et une suture de la peau au crin de Florence.

Appareil ouaté sans plâtre immobilisant les pieds en varus.

Le malade revu au mois de juillet était très satisfait du résultat. Il y avait encore l'applatissement de la voûte, mais au point de vue fonctionnel le résultat était excellent.

